

KOTISAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN AVOTERVEYDENHUOLLOSSA

Aili Havre-Nieminen

Marina Laitinen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HAVRE-NIEMINEN, AILI & LAITINEN, MARINA:
Kotisaattohoidon kehittäminen avoterveydenhuollossa

Opinnäytetyö 32 s., liitteet 9 s.
Huhtikuu 2010

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää kahden toisiinsa liittyneen kunnan kotisaattohoidon nykytilannetta avoterveydenhuollossa. Tehtävänä oli selvittää millaisia tietoja ja taitoja kotihoidon työntekijöillä on kotisaattohoitoon, millaiset mahdollisuudet ovat potilailla kotisaattohoidossa hyvään, turvalliseen ja potilaan toiveita kunnioittavaan arvokkaaseen kuolemaan, ja millaisia kehittämis ehdotuksia kotihoidon työntekijöillä on kotisaattohoidon laadukkaammaksi kehittämiseksi. Tavoitteena oli työntekijöiden vastausten pohjalta koota ehdotuspaketti kotisaattohoidon kehittämiseksi kotihoidon vastuuhenkilöille.

Olemme tehneet opinnäytetyömme kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Analysoitavan aineiston olemme keränneet haastattelujen ja kyselytutkimusten avulla. Aineiston analysointiin käytimme sisällön analyysiä. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi perustuu laadullisten erojen ja yhtäläisyyksien sekä sisältöjen vertailuun. Opinnäytetyössämme on teoreettiseen taustaan nojautuen tuotu esille palliatiivisen- ja saattohoidon periaatteet sekä laadukkaan kotisaattohoidon lähtökohdat.

Tutkimuksesta nousi esille, että vuorovaikutuskyky ja kommunikointitaidot ovat kaikilla vastaajilla hyvin hallinnassa. Vahvuuksina korostuivat yksilöllisyyden huomioiminen, sairaanhoidollinen osaaminen sekä omatoiminen tiedonhankinta. Vastauksien perusteella kotisaattohoitopotilaitten lääkehoito on alue, joka toimii hyvin. Hoidon turvallisuuteen ei pystytä tutkimuksen perusteella ottamaan kantaa, hoitajat kaipaivat kuitenkin selkeitä ohjeita ja yhtenäistettyjä käytäntöjä hoitotyössä. Tärkeimpinä kehittämistä kaipaavina alueina nousivat esille kotisaattohoitotiimin muodostaminen, oikea-aikaisen saattohoitopäätöksen tekeminen saattohoitosuunnitelmiseen palliatiivisessa hoidossa olevalle potilaalle sekä ympärivuorokautisen hoidon ja konsultaatiomahdollisuuden järjestäminen. Tutkimustuloksista ilmeni kehittämistarpeessa olevana alueena myös yhteistyö kolmannen sektorin kanssa. Lisätutkimusta tarvitaan muodostettavaan kotisaattohoitotiimiin ja laitoshoidossa tapahtuvan saattohoidon väliseen vertailevaan kustannusarviointiin.

Avainsanat: kotisaattohoito, saattohoitopäätös, itsemääräämisoikeus, kehittäminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
TAMK University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Healthcare

HAVRE-NIEMINEN, AILI & LAITINEN, MARINA:
Developing palliative home care in the field of home nursing

Bachelor's thesis 32 pages, appendices 9 pages
April 2010

The purpose of our thesis was to investigate the current situation of home nursing in two previously consolidated municipalities. The intent was to find out what kind of palliative home care know-how do home nursing employees have, what are a palliative home care patient's possibilities for a good, safe death respecting the patient's wishes, and what kind of ideas do home nursing employees have for improving palliative home care quality. The thesis aims to gather a package of suggestions based on the employees' answers. These suggestions are intended for people in charge of home care for developing palliative home care.

Our thesis is a qualitative study. The data has been collected by interviews and surveys, and analysed using content analysis. Qualitative content analysis is based on comparing qualitative differences, similarities, and content. The thesis presents the principles of palliative care and the baseline of high-quality palliative home care.

It was found out that all respondents have good ability to interact and good communication skills. The strengths emphasised in the study were: considering individuality, nursing know-how, and self-motivated information acquirement. According to the responses, medical care of palliative home patients is a well-functioning area. The safety of palliative home care cannot be spoken of based on this study; the nurses would anyhow like to have clear instructions and uniform practices in their work. The most important fields in need of improvement are the formation of a palliative home care team, making a timely decision regarding palliative care of a patient accompanied by a palliative care plan, arranging round-the-clock care and consultation possibilities, and co-operation with the third sector. Proposed subjects for further research are the formation of a palliative care team, and comparison between the costs of palliative home care and institutional palliative care.

Keywords: palliative home care, palliative care decision, autonomy, development

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 KESKEISET KÄSITTEET.....	7
3 KATSAUS AIKAISEMPIIN TUTKIMUKSIIN.....	9
4 KOTISAATTOHOITO.....	11
4.1 Kotisaattohoidon periaatteita.....	11
4.2 Palliatiivisen hoidon periaatteita.....	12
4.3 Kuoleva potilas.....	14
4.4 Omaiset.....	14
4.5 Kuoleman jälkeen.....	15
4.6 Kotisaattohoidon nykytilanne.....	16
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	18
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	19
6.1 Kvalitatiivinen tutkimus.....	19
6.2 Kohdejoukko.....	20
6.3 Tiedonhankintamenetelmät.....	20
6.4 Aineiston käsittely.....	21
7 TUTKIMUSTULOKSET.....	23
8 POHDINTA.....	28
LÄHTEET.....	31
LIITTEET.....	33

1 JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa hoitoyksikön tarjoamaan potilaille laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Keskeisinä periaatteina ovat potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja oikeus tiedon saantiin. Näin ollen laki asettaa vaatimuksia hoitohenkilökunnan työskentelylle, sillä potilaan oikeudet ovat samalla hoitohenkilökunnan velvollisuuksia (Leino-Kilpi 2003, 113). Jokaisen oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon myös silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole olemassa, asettaa laatuksiteerejä kotisaattohoidollekin.

Tutkimusten mukaan hyvän kotisaattohoidon edellytyksiä ovat potilaan oma toivomus, läheisten osallistuminen ja jonkinasteinen sitoutuminen saattohoitoon, läheisten tukeminen, ohjaaminen, kannustaminen ja arvostaminen sekä perheen tuki kuolinpaikkaa mietittäessä. Edellytyksiä ovat myös turvallisuuden luominen kotiin, oireiden tehokas hoito, yhteys hoitohenkilökuntaan koko vuorokauden ajan, tietoisuus tukiosastosta, säännöllinen yhteydenpito ja kotikäynnit potilaan luona, kokonaisvaltainen ja potilaan päämääristä ja tarpeista lähtevä laaja-alainen tuki sekä kotisaattohoitoon osallistuvien henkilöiden ammatillisuus. (Lehtomäki 2005a.)

Heikkilä ja Jokivuori (1994) mainitsevat kirjassaan, että kotona tapahtuva kotisaattohoito on kokonaisvaltainen tapahtuma, sekä kuolevalle ja hänen perheelleen, että kuolevan hoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalle. Nykyisessä kulttuurissamme kuolemaa ei koeta luonnolliseksi osaksi elämänkaarta. Kuolemaa puhuminen on vaikeaa ja kuolemaan liittyvät asiat torjutaan ja kielletään. Kuolema eristetään elävien parista sairaaloihin. Kuolema ja siihen liittyvät toimenpiteet jätetään asiantuntijoille.

Tämän opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää kahden yhdistyneen kunnan kotisaattohoidon nykytilannetta avoterveydenhuollossa. Vuonna 2009 liittyi harvaan asuttu maaseutukunta kasvavaan asutuskeskukseen. Harvaan asutulla maaseudulla, missä enemmistönä on vanheneva väestö, on erilaiset haasteet terveys- ja sosiaalipalveluitten järjestämiseen verrattuna lapsiperheitten asuttamaan kasvukeskukseen.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kerätä tutkimuksen avulla tietoa kotisaattohoidon kehittämiseksi paikkakunnalla. Opinnäytetyömme aiheen valintaan ja kiinnostukseen vaikutti se, että toinen meistä oli hiljattain lähiomaisena ja epävirallisena omaishoitajana käynyt läpi kotisaattohoidon prosessiin, kunnioittaen ihmisen oikeutta ja toivomusta kuolla omassa kodissaan. Sen prosessin aikana nousi esille paljon erilaisia kysymyksiä liittyen esimerkiksi vastuunjakoon, tiedon kulkuun ja tiedon saantiin.

Opinnäytetyömme tekemiseen käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Analysoitavan aineiston olemme keränneet haastattelujen ja kyselytutkimuksen avulla. Aineiston analysointiin käytimme sisällön analyysiä. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi perustuu laadullisten erojen ja yhtäläisyyksien sekä sisältöjen vertailuun. Opinnäytetyössämme on teoreettiseen taustaan nojautuen tuotu esille palliativisen- ja saattohoidon periaatteet sekä laadukkaan kotisaattohoidon lähtökohdat. Toivomme opinnäytetyömme auttavan kehittämään kotisaattohoitoa paikkakunnan avoterveydenhuollossa.

2 KESKEISET KÄSITTEET

Olemme halunneet opinnäytetyömme paremmaksi ymmärtämiseksi tarkentaa siinä esiintyviä käsitteitä sen mukaan, miten ne painottuvat meidän työssämme. Epäselvyys käsitteissä tuli näkyviin tutkimukseen osallistujien vastauksissa, minkä vuoksi koemme tärkeänä käsitellä niitä vähän laajemmin.

Palliatiivinen hoito tarkoittaa potilaan kokonaisvaltaista ja oireita lievittävää hoitoa silloin, kun kuolemaan johtavan perustaudin etenemiseen ei enää voida hoidolla vaikuttaa (Mediuutiset 2008). Palliatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla voi elinaikaa olla vielä vuosiakin jäljellä. Siihen voi kuulua syöpätaudeissa taudin kulun hillitseminen esimerkiksi solunsalpaajilla, mikä saattaa olla vielä kannattavaa ja mahdollista, kuten myös antibioottihoidot infektioiden yhteydessä ja verensiirrot anemian hoidossa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johtajaylilääkärin ohje 10/2008.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa – sen loppuvaihe. Hoidossa ei käytetä elämää ylläpitävään hoitoon tähtääviä parantavia toimenpiteitä, ja potilaan jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Loppuvaiheen hoidon piiriin kuuluvat sairautensa loppuvaiheessa syöpäpotilaiden lisäksi esimerkiksi loppuvaiheen sepelvaltimotautia, aivoverenkiertohäiriön jälkitilaa, sydämen-, maksan- ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavat sekä loppuvaiheen AIDS eli immuunikato- tauti-, ALS eli amyotrofinen lateraaliskleroosi- ja COPD eli keuhkohtaumatauti potilaat tai vaikea-asteista dementiaa eli kognitiivisten aivotoimintojen pysyvää huononemista sairastavat potilaat. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johtajaylilääkärin ohje 10/2008.) Keskeistä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys sekä läheisten tukeminen.

Terminaalihoito on välittömästi kuolemaa edeltävää saattohoitoa (Etene 2003). Terminaalihoidon tavoitteiden ja siinä noudatettavien periaatteiden lähtökohtana on, että potilas saa oireisiinsa ja kärsimyksiinsä mahdollisimman tehokasta lievi- tystä (Vanhusten huollon strategia 2009).

Kotisaattohoito tarkoittaa saattohoitoa potilaan omassa kodissaan ihmisarvoa ja läheisten merkitystä kunnioittaen (Pohjanmaan Syöpäyhdistys). Kotisaattohoidossa hoitohenkilökunnan läsnäolo ja saatavuus perustuu kotikäynteihin.

Kolmannen sektorin muodostaa sosiaalipolitiikassa julkisen sektorin ja markkinoiden ulkopuolella olevat sosiaalipalvelujen toimijat. Kolmanteen sektoriin kuuluu perinteisiä järjestöjä, vaihtoehtoprojekteja, keskinäisen avun ryhmiä, osuustoiminnallisia palvelujen tuottajia ja asuin- ja työyhteisöjä. Kolmas sektori ei tavoittele voittoa, ja se työllistää lähinnä palvelualoilla. Kolmas sektori on tullut entistä merkityksellisemmäksi toimijaksi hyvinvointi- ja sosiaalipalveluissa kuntien miettiessä, miten ne voivat järjestää lakisääteiset palvelunsa. Ne voivat käyttää omaa työtään tai vaihtoehtoisia palveluntuotantotapoja. Voittoa tavoittelemattomien järjestöjen toiminta riippuu merkittävästi julkisesta tuesta. (FACTA WSOY tietopalvelu.)

DNR on lyhennys englannin kielestä ”do not resuscitate” ja tarkoittaa suomennettuna ”ei elvyttävää eikä elämää ylläpitävää hoitoa”. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johtajaylilääkärin ohje 10/2008.)

3 KATSAUS AIKAISEMPIIN TUTKIMUKSIIN

Kotisaattohoidosta löytyy riittävän paljon kirjallisuutta ja tutkimustöitä, aihetta on käsitelty eri näkökulmista ja lähtökohdista. Olemme perehtyneet tehtyihin tutkimuksiin ja kartoittaneet itsellemme kuvaa siitä, millainen pitäisi olla laadukas kotisaattohoito.

Kaija Saarelma (2005) kuvailee omassa artikkelissaan palliatiivista hoitoa kotisairaalassa Espoossa. Saarelma määrittelee palliatiivisen eli parantumattomasti sairaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun parantavan hoidon mahdollisuuksia ei enää ole. Hän korostaa artikkelissaan sairaanhoitoavun ympärivuorokautista saatavuutta, toiminnan joustavuutta ja hoidosta vastaavan lääkärin sitoutumista, kiinnostusta sekä osaamista palliatiivisen hoidon alueella. Saarelma muistuttaa, että ihmisen itsemääräämisoikeutta tukeva toiminta ja avohoidon ensisijaisuus ovat olleet Suomessa terveydenhuollon tavoitteena 1980-luvulta alkaen. Hän pitää tärkeänä, että ”hoito kotiympäristössä ylläpitää potilaan luontaista toimintakykyä ja sosiaalista verkostoa”.

Päivi Visakorpi (2002) on tehnyt pro gradu -tutkielman hyvän kotisairaaloiminnan edellytyksistä ja vaatimuksista. Viitaten aikaisempiin tutkimuksiin ja muuhun teoreettiseen tietoon hän nostaa esille keskeisimpinä hyvän kotisairaalahoidon vaatimuksina ja edellytyksinä potilaan itsemääräämisoikeuden, hoidon yksilöllisyyden, yksityisyyden, turvallisuuden, jatkuvuuden, oikeudenmukaisuuden, tassa-arvoisuuden ja perhekeskeisyyden.

Visakorpi tarkastelee kuinka hyvän hoidon vaatimukset ja edellytykset toteutuivat Lahden kotisairaalan toiminnassa asiakkaiden ja hoitajien avoimiin kysymyksiin saatujen vastausten mukaan. Ongelmina Visakorpi näkee omaisten väsymistä pitkään jatkuneessa kotisairaalahoidossa ja raskaan hoitovastuun jäämisestä omaisten kannettavaksi. Yleisinä kotisairaalahoidon kehittämishaasteina nousivat hänen tutkimuksessaan esille lainsäädännön yhtenäistäminen sekä toiminnan tilastoiminen.

Varpu Lipponen (1997) on omassa pro gradu -tutkielmassaan tarkastellut saattohoitopotilaan tahdon toteutumista potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta Pirkanmaan Hoitokodissa ja sen toteuttamassa kotihoidossa. Tutkimuksesta kävi ilmi, että tahdon toteutumisen koettiin olevan vahvasti sidoksissa siihen, kuinka paljon henkilökunnalla oli aikaa olla läsnä ja keskustella potilaan kanssa. Potilaiden tahdon toteutumiskokemuksista syntyneitä käsityksiä vahvistivat myös perheenjäsenten kokemukset. ”Ainoastaan kotihoidossa olleiden potilaiden perheenjäsenten mielestä omahoitajalla oli ollut riittävästi aikaa huomioida potilaan tahtoa ja kuulla hänen toiveitaan”.

Tutkimuksen mukaan kaikki potilaat kokivat oman tahtonsa toteutuneen parhaiten kotiympäristössä. Niin perheenjäsenten kuin potilaiden kuvauksista syntyi käsitys, että tahdon toteutuminen tutussa turvallisessa kotiympäristössä teki potilaan elämästä enemmän elämisen arvoista. (Lipponen 1997.)

Susanna Lehtomäki (2005b) omassa artikkelissaan kirjoittaa, että kotona tapahtuva saattohoito on kokonaisvaltainen tapahtuma sekä kuolevalle ja hänen perheelleen että kuolevan hoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalle. Nykyisessä kulttuurissamme kuolemaa ei koeta luonnolliseksi osaksi elämänkaarta. Kuolemasta puhuminen on vaikeaa ja kuolemaan liittyvät asiat torjutaan ja kielletään. Kuolema eristetään elävien parista sairaaloihin. Kuolema ja siihen liittyvät toimenpiteet jätetään asiantuntijoille.

Marja Karppinen ja Mervi Kähkönen (2001) ovat myös omassa opinnäytetyössään todenneet, että turvallinen ja tuttu ympäristö eli koti on monelle toivotuin paikka kuoleman lähestyessä. Kotisaattohoitoon osallistuminen vaatii omaiselta uskallusta ja sitoutumista, siksi omaisten tukeminen on tärkeää. Lähestyvä kuolema koskettaa potilasta fyysisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti ja hengellisesti. Potilaan hoidossa on tärkeää turvata hyvä, rauhallinen ja turvallinen kuolema, mutta myös laadukas ja sisällöltään rikas elämä kuoleman läheisyydessäkin.

4 KOTISAATTOHOITO

4.1 Kotisaattohoidon periaatteita

Kotisaattohoidon ja kotikuoleman lähtökohtana on potilaan oma toivomus. Usein sen toteuttamiseen tarvitaan käytännössä omaisen tai muun läheisen halu sitoutua hoidon toteuttamiseen. Hyvän ja turvallisen hoitosuhteen luomiseksi pitää kotiutusvaiheeseen kiinnittää erityistä huomiota. Asioista on hyvä sopia mahdollisimman yksityiskohtaisesti etukäteen, kirjata sovitut asiat ja huolehtia tiedon kulusta kodin ja hoitavan yksikön välillä ja hoitoon osallistuvien kesken. Potilaalla ja hänen läheisellään on oltava kaikkina vuorokaudenaikoina mahdollisuus saada yhteys häntä hoitaviin henkilöihin saadakseen neuvoja ja tukea kotona. Potilaalla tulisi olla sairaalassa tai terveyskeskuksessa niin sanottu tukiosasto, jonne hän voi tarpeen vaatiessa siirtyä. (Etene 2002.) Saattohoito ei ole vain kuolevan oireiden hoitoa, mutta oireiden onnistunut hoito on hyvän saattohoidon edellytys (Mediuutiset 2008).

Kivuttomuuden takaaminen kotisaattohoitopotilaille on hyvin tärkeää, koska kipuun voi liittyä kärsimyksen ja tuskan lisäksi minuuden kadottamisen pelko, tuntemattoman pelko sekä yksinäisyyden tunne. Asiantunteva ja taitava hoito auttaa potilasta kokemaan olonsa turvalliseksi ja levolliseksi. (Sand 2009.) Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava kotisaattohoidossa, eikä hänen läheistensä mielipide saa olla päätöksiä tehdessä ratkaiseva. Potilaan hoitotahdosta voidaan poiketa vain silloin, kun voidaan perustellusti olettaa potilaan muuttaneen tahtoaan hoitonsa suhteen (Etene 2002). Potilaan hoitotahto, niin suullisesti ilmaistu kuin kirjallinen, on kirjattava sairauskertomukseen. Hoitotahdon ei tarvitse olla painetulla lomakkeella, vapaamuotoinen päivätty ja allekirjoitettu tahdonilmaisu riittää. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johtajaylilääkärin ohje 10/2008.)

On myös tärkeää, että hoidon jatkuvuus varmistetaan potilaan hoidon tavoitteiden muuttuessa ja potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen, huomioiden tarkka kirjaaminen potilaan asiakirjoihin. Saattohoitoa toteuttavilla yksiköillä pitää olla valmiudet toteuttaa saattohoitopotilaille tehtyä hoitosuunnitelmaa. Hyviin valmiuk-

siin kuuluvat riittävät henkilöresurssit, ammattitaito sekä sopivat välineet, joilla hoito voidaan toteuttaa inhimillisesti ja turvallisesti. Saattohoitopotilaan hoidosta vastaa hoitava lääkäri ja hoitohenkilökunta. (Lapin Sairaanhoitopiiri 2004.)

Potilaalla on oikeus kuolla kotona tai paikassa, jossa hän voi olla läheistensä läheisyydessä niin halutessaan. Potilaalle ja hänen omaisilleen ja läheisilleen turvataan mahdollisuus sielunhoidon, sosiaali- ja mielenterveyspalveluiden saamiseen heidän vakaumustaan ja kulttuuria kunnioittaen (Lapin Sairaanhoitopiiri 2004). Kotisaattohoito tulisi järjestää siten, että kalliit lääkkeet, omaishoitajan tuki, kotisairaanhoidon maksut tai muut hoidon kustannukset eivät muodostu esteeksi hoidon toteuttamiselle. (Etene 2002.) Kotisaattohoidossa työntekijöillä on korostunut vaitiolovelvollisuus. Asiakkaan tietoja ei saa antaa sivullisille henkilöille, jotka eivät ole osallistuneet asiakkaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin. (Valvira 2010.)

4.2 Palliatiivisen hoidon periaatteita

Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon myös silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole enää mahdollista antaa. Siirryttäessä parantavasta hoidosta palliatiiviseen hoitoon, on tärkeää tehdä mahdollisimman selkeä hoitosuunnitelma ja kirjata ne potilaan asiakirjoihin. Hoitosuunnitelma tulee olla myös kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä. Potilasasiakirjoissa tulee käyttää selkeitä ja terveydenhuollossa hyväksyttyjä ilmaisuja. (Etene 2002.) Potilaan ja hänen läheistensä pitää suosituksen mukaan olla tietoisia hoitopäätösten perusteista ja seurauksista ja potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua päätösten tekoon (Mediuutiset 2008).

Parantumattoman sairauden edetessä tullaan väistämättä tilanteeseen, jolloin potilaan jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Päätöksellä siirtymisestä saattohoitoon, joka on osa palliatiivista hoitoa, - sen loppuvaihe, estetään parantumattomasti sairaan, sairauden kulun perusteella elämänsä loppuvaiheessa olevan potilaan elämän epäeettinen pitkittäminen (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johtajaylilääkäriin ohje 10/2008).

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen sekä juridinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Päätös perustuu siihen, että potilas on saanut tietää sairauden tilaan liittyvät lääketieteelliset tosiasiat ja käytössä olevilla hoitomenetelmillä ei ole enää mahdollista parantaa potilaan sairauden ennustetta tai potilas kieltäytyy hoidosta. (Lapin sairaanhoitopiiri, Saattohoito-ohje 2004.)

Päätös tarkoittaa, että potilaan hoidossa ei käytetä elämää ylläpitävään hoitoon tähtääviä toimenpiteitä, kuten suonensisäistä neste- ja ravitsemushoitoa, spesifisiä lääkkeitä kuten antibioottihoitoa, mekaanista hengityksen tukihoitoa ja tarpeetonta monitorointia. Ei tehdä laboratorio-, röntgen- ja muita tutkimuksia. Hoitolinjauksesta päättäneiden nimet kirjataan sairauskertomukseen. Aivan lähellä kuolemaa on pyrittävä välttämään osasto- ja laitossiirtoja. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Johtajaylilääkärin ohje, 10/2008.)

Saattohoitopäätöksen tekemisen jälkeen tehdään saattohoitosuunnitelma (Lapin sairaanhoitopiiri, Saattohoito-ohje 2004). Saattohoitopotilaille taataan hyvä oireenmukainen hoito, joka ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet, toiveet ja mahdollisuuden viettää omaisten kanssa elämän loppuvaiheet. Perhekeskeisyys on yksi hoitotyön periaate ja sen tavoitteena on lisätä sekä yksilön että perheen hyvinvointia. (Toiminta-ajatus 2009.) Nestettä ja ravintoa annetaan suun kautta potilaan toiveiden mukaan, huomioidaan hyvä kivun- ja hengenahdistuksen lievitys sekä mahdollisuus hengellisen tuen saamiseen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Johtajaylilääkärin ohje 10/2008.)

4.3 Kuoleva potilas

Juha Hänninen (2004) artikkelissaan kertoo kuolevasta potilaasta seuraavanlaisesti: Parantumaton sairaus, johon liittyy ennalta epämääräisiä oireita, aiheuttaa turvattomuutta sekä potilaalle että hänen läheisilleen. Saattohoidon tarkoituksena on tukea selviytymisessä oireista ja kuolemaan liittyvistä tunteista. Sairastaminen merkitsee potilaalle avuttomuutta sairauden edessä ja oman päätösvalan ja toimintakyvyn menettämistä. Sairaus itsessään on taakka, ja elämää hankaloittavat oireet lisäävät kärsimyksiä. Sairauden myötä potilaan ajattelu ja jopa persoonallisuus saattavat muuttua jopa merkittävästi. Muutokset aineenvaihdunnassa tai suoraan syövän aiheuttamat vauriot muuttavat käyttäytymistä. Uudet piirteet käyttäytymisessä johtuvat sairaudesta, eivätkä ne kuvasta potilaan todellisia tuntemuksia.

Monilla saattohoitopotilailla vakavaan sairauteen ja kuoleman lähestymiseen voi liittyä ahdistusta ja masennusta. Usein läheisten normaali ja realistinen suhtautuminen tilanteeseen helpottaa potilaan henkistä tilaa. Hoitohenkilökunnan lisäksi voidaan kääntyä sielunhoitajien, esimerkiksi sairaalapapin puoleen. Maakunnallisilla syöpäyhdistyksillä ja saattohoitokodeilla on myös vapaaehtoisia tukihenkilöitä. Psykkisiä vaikeuksia voidaan myös lievittää lääkkein.

4.4 Omaiset

Omaisten ajatukset lähestyvistä kuolemasta voivat olla ristiriitaisia. Toisaalta toivotaan potilaalle kivutonta kuolemaa ja kärsimyksen loppumista, toisaalta toivotaan hänen elävän mahdollisimman pitkään. Luopuminen on usein sitä vaikeampaa, mitä läheisempi potilas on. Ihanteellista olisi, että omaiset kykenisivät puhumaan potilaan kanssa lähestyvistä kuolemasta, mikäli potilas sitä toivoo. Kuolemasta puhuminen helpottaisi myös omaisten surutyötä. (Hänninen 2004.)

Omaisten tehtävänä on tuoda turvallisuuden ja läheisyyden tunnetta kuolevalle potilaalle. Läsnäolo kuoleman hetkellä on rauhoittavaa paitsi kuolevalle, myös omaisille. Kuitenkaan se, ettei ehtinyt paikalle kuoleman hetkellä, ei mitenkään

vähennä sen merkitystä, mitä kykeni tekemään potilaan eläessä. (Hänninen 2004.) Omainen tarvitsee ohjausta, rohkaisua, kannustusta ja arvostusta jaksakseen hoitaa potilasta kotona. Koko perheen jaksamisessa voivat vapaaehtoiset tukihenkilöt ja seurakunnan työntekijät olla suurena apuna. (Etene 2002.)

4.5 Kuoleman jälkeen

Mikäli vainaja oli kotisaattohoidossa, soitetaan päivystävälle kotisairaanhoidajalle, joka tulee avustamaan tarvittavissa toimenpiteissä ja kutsuu paikalle lääkärin toteamaan kuoleman. Lääkärin käynnillä ei ole kiire, vaan hän voi tulla paikalle vielä seuraavana aamunakin. Poliisia ja ambulanssia ei tarvitse kutsua, jos potilaalle oli tehty kotisaattohoitopäätös, ainoastaan tapaturmaisessa kuolemassa hälytetään poliisi paikalle. Huolto- tai talonmiestä voi pyytää nostamaan Suomen lipun puolitankoon. Vainaja voidaan kuljettaa pois heti lääkärin käytyä, mutta kiirettä ei ole, vaan hän voi olla kotona yön yli. Vainajan hakee yleensä hautaus toimiston ruumisauto. Vainaja voidaan pukea ja laittaa arkkuun jo kotona, vainaja voidaan pukea myös omiin vaatteisiin, jos asiasta on etukäteen sovittu hautaus toimiston kanssa. (Hänninen 2004.)

Kuoleman jälkeen omaiset voivat jättää hyvästit vainajalle rauhassa. Hoitava lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen. Kuolintodistus toimitetaan Väestörekisterikeskukseen, mistä se välittyy useimmille viranomaisille. Kuolintodistus on samalla hautauslupa. Saattohoitopotilaille ei tehdä ruumiinavausta, koska kuolinsyy on yleensä selvä. Ainoastaan ammattitautitapauksissa ja tapaturmaisissa kuolemissa tulee tehdä oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus. Läheiset voivat hoitaa hautausjärjestelyt itsenäisesti tai hautaus toimiston tai seurakunnan kanssa. (Hänninen 2004.)

Vaikka kuolinviestiä olisi odotettu ja toivottu, ei sen herättämiin ajatuksiin ja tunteisiin voi valmistautua. Ensimmäisiä reaktioita ovat järkytys ja lamaantunut olo. Hautajaiset onkin hyvä järjestää vasta parin viikon kuluttua kuolemasta, jotta niistä jää muistikuvia ja niissä jaksaa olla tunteineen läsnä ja ottaa vastaan lohdutusta. Hautajaisten kiirehtiminen ei jouduta surua ja siitä toipumista. Kuoleman jälkeen voi kulua viikkoja, ennen kuin kuoleman aiheuttamat kysymykset ja

vaikeat tunteet nousevat pintaan. Jos kysymyksiä herää, läheiset voivat ottaa yhteyttä hoitaneeseen lääkäriin, kotisairaanhoitajaan tai osastoon. Esimerkiksi saattohoitokodeissa ja seurakunnissa järjestetään myös muistelu- ja sururyhmiä. (Hänninen 2004.)

4.6 Kotisaattohoidon nykytilanne

Vuoden 2009 alusta kuntaliitoksen myötä kaksi kotihoidonyksikköä yhdistyivät. Vaikka lainsäädäntö ja valtakunnalliset suositukset on kaikille samoja, voi käytäntöön soveltamisessa tulla kaupungeittain ja kunnittain esille huomattavia eroja. Siitä johtuen haastattelimme molempien hoitoyksiköiden edustajia.

Haastattelussa kotihoidon vastuuhenkilön kanssa selvisi seuraava: Silloin, kun potilaan sairaus on todettu parantumattomaksi, hän yleensä siirtyy keskussairaalan palliatiivisen yksikön vastuupiiriin, sieltä taas omalääkärin vastuualueeseen (esim. reseptien uusinta, voinnin seuranta). Konsultaatiot kivunhoidosta ja seurantakäynnit palliatiiviselle poliklinikalle on samanaikaisesti edelleen voimassa. (Kulmala 2009.)

Potilaan siirryttyä kotiin hän jää kotihoidon palveluiden piiriin. Ensimmäisellä arviointikäynnillä, johon osallistuu myös omalääkäri, arvioidaan yleistilanne, hoidon ja avun tarve, sovitaan omaisten osallistumisesta hoitoon jne. Sovitut asiat kirjataan potilaspapereihin. Käytössä ei ole virallista/kirjallista saattohoitosuunnitelmaa. Vastuu hoitoon liittyvistä asioista on kotisairaanhoitajalla. Lääkärin kotikäynnit järjestetään tarpeen mukaan. Vapaaehtoisuuden perusteella terminaali-vaiheessa on mahdollisuus saada ympärivuorokautinen päivystys. (Kulmala 2009.)

Kotisairaanhoitajan haastattelusta ja sähköpostiviestistä selvisi seuraava: Asiakas on yleensä palliatiivisen yksikön ja omalääkärin seurannassa. Yleensä myös omalääkäri konsultoi tarpeen mukaan palliatiivista yksikköä. Asiakas käy palliatiivisessa yksikössä vaihtelevasti sairauden mukaan. Jossain vaiheessa käynnit yleensä loppuvat siellä, ja seuranta on vain terveyskeskuksessa. Konsultointi on toki aina mahdollista. (Junno 2009.)

Palvelu- ja hoitosuunnitelman tekee kunkin piirin alueohjaaja tai lähiesimies, tai hän nimeää jonkun kotisairaanhoidon työntekijän, jos kyseessä on uusi asiakas. Jos kyseessä on vanha asiakas, sopimuksen tekee omahoitaja. Sopimus tehdään kirjallisena, ja siinä sovitaan mikä on hoitohenkilökunnan ja mikä on omaisten osuus. Käytössä ei ole virallista saattohoitosuunnitelmaa, ja vastuu on yleensä kotisairaanhoidajalla, joka on tiiviissä yhteydessä omalääkäriin. Lääkäristä ja omaisista riippuen he voivat olla myös suoraan yhteyksissä toisiinsa. Lääkäri tekee kotikäynnin tarpeen mukaan. (Junno 2009.)

Alueella ei ole ympärivuorokautista päivystystä. Kotisairaanhoidajat ovat töissä klo 8.00–16.00. Kotipalvelu on töissä klo 22.00 asti. Kotisairaanhoidaja voi kylläkin sopia omaisten kanssa esimerkiksi konsultointimahdollisuudesta sekä kotikäynneistä muinakin aikoina potilaan luona, mutta tämä on hoitajan itsensä päätettävissä. Muuten asiakas on terveyskeskuksen päivystyksen varassa, ja yöt on selvittävä ilman kotisairaanhoidajan/kotipalvelun apuja, ja tämä rajoittaa kin kovasti asiakkaan kotona olemista. (Junno 2009.)

Kotihoitopäällikön haastattelussa keväällä 2009 kävi ilmi, että alueella on otettu käyttöön palveluseteli kotisairaanhoidon asiakkaille. Se on henkilökohtainen, ja sillä voi ostaa palveluja perusturvalautakunnan hyväksymiltä palveluntuottajilta. Palvelusetelillä ei voi ostaa paikkakunnan omia palveluita. Palvelusetelin tarve ja määrä arvioidaan yhdessä kotihoidon terveydenhoitajan kanssa, jonka kanssa laaditaan myös palvelu- ja hoitosuunnitelma ostettavalle hoitojaksolle. Hoitotarvikkeiden käytöstä ja luovutuksesta sovitaan samassa yhteydessä. Palvelusetelit ovat voimassa 31.12.2009 saakka. (Kallio 2009.) Uusi palvelusetelilainsäädäntö astui voimaan syksyllä 2009. Se mahdollistaa kuntia kehittää ja laajentaa palvelusetelin käyttöä sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisessä, koskien näin myös kotihoidon- ja asumistalvelun asiakkaita. Tampereen kaupunki ja seutukunta ovat laatimassa yhteistä palvelusetelien ostettavien talvelujen kriteeristöä. Keväällä 2010 on tulossa käyttöön uusi sopimuspohja. (Kallio 2010.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää kahden yhdistyneen kunnan kotisaattohoidon nykytilannetta avoterveydenhuollossa.

Tämän opinnäytetyömme tehtävänä on saada vastaus seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia tietoja ja taitoja kotihoidon työntekijöillä on kotisaattohoitoon?
2. Millaiset mahdollisuudet ovat potilailla kotisaattohoidossa hyvään, turvalliseen ja potilaan toiveita kunnioittavaan arvokkaaseen kuolemaan?
3. Millaisia kehittämis ehdotuksia kotihoidon työntekijöillä on kotisaattohoidon laadukkaammaksi kehittämiseksi?

Tämän opinnäytetyömme tavoitteena on työntekijöiden vastausten pohjalta koota ehdotuspaketti kotisaattohoidon kehittämiseksi kotihoidon vastuuhenkilöille.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Keväällä 2009 teimme opinnäytetyömme suunnitelman ja laadimme myös saattekirjeen kyselytutkimukselle (liite 2, 34). Luvan kyselytutkimuksen tekemiseen saimme kuntayhtymän perusturvaosaston johtoryhmältä elokuussa 2009. Haastattelimme kotihoidon esimiehiä keväällä 2009 ja samanaikaisesti esitestasimme laatimamme kyselykaavakkeet. Lähetimme lopulliset kyselykaavakkeet kotihoitoon syksyllä 2009 ja analysoimme vastaukset talvella 2010.

Opinnäytetyömme tarkoitus ja tehtäväksi asetettujen kysymysten ratkaiseminen nostatti tarpeen kerätä tietoa henkilöiltä, joilla on aiheesta mahdollisimman paljon tietoa tai henkilökohtaista kokemusta. Tavoitteena olevan kehitystarpeiden selvittelyn kannalta pidimme parhaimpana vaihtoehtona laadullista tutkimusta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä mahdollisimman laaja aineisto koskien tietoa kotisaattohoidon nykytilanteesta ja kotihoidon toimintatavoista. Pidimme kyselyä hyvänä menetelmänä siihen. Toivoimme kyselytutkimuksen avoimien ja puolistrukturoitujen kysymysten antavan parhaiten laadullisia vastauksia ja palvelevan tehtäväämme. Otimme huomioon kyselytutkimuksen etuutena haastatteltavien tavoitettavuuden, kysymyksien yhdenmukaisuuden ja meidän oman persoonamme vaikutuksen eliminoimisen haastattelijoina, myös tutkimuksen toteuttamiseen jäänyt aika vaikutti valintaamme.

6.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Laadullinen tutkimus ei pyri yleistäviin tuloksiin eikä mittaamiseen. Sen tehtävänä ei ole selittää, vaan ymmärtää ja tutkia. Nimensä mukaan kvalitatiivinen tutkimus on kiinnostunut enemmän laaduista kuin määristä. (Koivula, Suihkonen & Tyrväinen 2003, 31.) Kvalitatiivinen tutkimus vaatii vahvan teoreettisen pohjan. Ilman teoriaa siitä tulee helposti joko intuition tai mielipiteiden varaan pohjautuva näkemys tutkittavasta asiasta. (Koivula ym. 2003, 31.)

Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa aineisto kootaan todellisissa tilanteissa. Tiedonkeruun välineenä suositetaan ihmistä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 155.) Ihmisen kautta pääsee kohtaamaan sekä tuntemaan heidän ajatus- ja arvomaailmaansa, mikä on aina henkilökohmainen kokemus. Opinnäytetyön tekijä luottaa myös enemmän omiin havaintoihinsa ja haastatteluihin kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. Laadullisen opinnäytetyön yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73). Parhaimmillaan laadullinen tutkimus on elämys, joka antaa sekä tutkijalle että tutkittavalle uuden tavan katsoa maailmaa (Koivula ym. 2003, 38).

Tässä opinnäytetyössämme uskomme saavamme kyselytutkimuksen avoimien ja puolistrukturoitujen kysymysten kautta ainutlaatuisia, arvokkaita, koskettavia ja tunteisiin vetoavia vastauksia, jotka myös antavat arvokasta tietoa kotisaattohoidon kehittämiseksi.

6.2 Kohdejoukko

Kyselytutkimus oli kohdistettu kahden yhdistyneen kunnan kotihoidon työntekijöille. Kotihoitopäällikön kanssa käydyn haastattelun kautta selvisi, että kunnalla on noin 62 henkilöä eri ammattiryhmistä, jotka ovat jossain määrin tekemisissä kotihoidon kanssa. Valitsimme opinnäytetyömme kohdejoukoksi lääkäreitä, terveyden- ja sairaanhoitajia sekä perus- ja lähihoitajia. Tällä tavalla toivoimme saavamme mahdollisimman laajan näkemyksen kotisaattohoidon nykytilanteesta ja sen kehittämistarpeista avoterveydenhuollossa.

6.3 Tiedonhankintamenetelmät

Opinnäytetyömme aineiston keräämiseen käytimme kyselykaavaketta. (liite 3, 35 – 41), mihin oli lisätty saatekirje, mistä ilmeni tutkimuksen tarkoitus, anonymisyys ja se, mihin tutkimustuloksia mahdollisesti jatkossa käytetään. Sen mukaan oli jokaisella mahdollisuus vapaasti päättää omasta halusta osallistua tutkimukseen tai olla osallistumatta. Odotimme kuitenkin innokasta osallistumista.

Päädyimme jakamaan niitä 45 kotihoidon työntekijälle, tutkimuksen ulkopuolelle jäivät työntekijät, jotka eivät olleet suoranaisesti tekemisessä kotihoitopotilaitten kanssa. Kyselykaavakkeet kirjekuorineen annettiin jaettavaksi kotihoidon lähiesimiehille, ja he jakoivat ne kotihoidon työntekijöille. Vastaukset pyysimme palauttamaan myös kotihoidon lähiesimiehille sovittuun päivään mennessä. Avoimet kysymykset kyselytutkimuksessa antoivat mielestämme parhaiten laadullisia vastauksia, ja menetelmä vastaa hyvin meidän opinnäytetyömme tavoitteisiin.

Esitestasimme kaavakkeen kotihoidossa aiemmin töissä olleilla työntekijöillä (yhdellä terveydenhoitajalla ja yhdellä lähihoitajalla/perushoitajalla). Esitestauksesta saadun tiedon pohjalta pystyimme kysymyksiä muokkaamaan ymmärrettävämpään muotoon. Saimme myös esitestaajilta hyviä lisäkysymysehdotuksia. Kyselykaavake on liitteenä. Jaetuista 45 kyselykaavakkeesta palautui 11. Vastausprosentiksi tuli 24,4 %. Vastanneiden joukossa oli kuusi terveydenhoitajaa, neljä lähihoitajaa ja yksi perushoitaja. Jäimme vaille sairaanhoitajien ja lääkäreiden mielipidettä.

6.4 Aineiston käsittely

Aineiston analysointiin käytimme sisällön analyysiä. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi perustuu laadullisten erojen ja yhtäläisyyksien ja sisältöjen vertailuun. Aineiston tutkinta tapahtuu tutkimusteemojen perusteella. Tutkija ikään kuin asettaa aineistolle kysymyksiä. Laadullinen tulkinta vaatii aineiston hyvää, perusteellista tuntemista. Tulkinta ei saa tässäkään olla sattumanvaraista tai tarkoituksenhakuista. Laadullisen aineiston analyysissä sekä kvantitatiivista, että kvalitatiivista sisällönanalyysia voi käyttää rinnakkain. (Koivula ym. 2003, 42–43.)

Sirpa Salin (2009) mainitsee työssään, että aineiston käsittely perustuu loogiseen tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi.

Tuija Hartikainen (2008) Pro gradu tutkielmassaan toteaa, että aineiston käsittely on sen puhtaaksi kirjoittamista analyysia varten. Tarkoituksena on luoda ai-

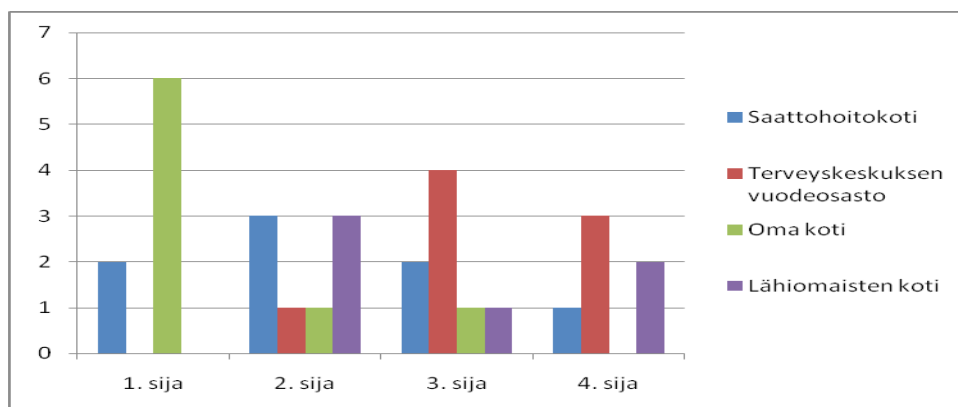
neistoon selkeyttä ja tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Laadullisen aineiston analyysi voidaan tehdä sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista viestintää ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkitystä, seurauksia ja yhteyksiä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn vastanneiden joukossa oli kuusi terveydenhoitajaa, neljä lähihoitajaa ja yksi perushoitaja. Seitsemällä vastanneista oli ollut kotisaattohoidossa olevia potilaita, neljällä ei. Emme kuitenkaan jättäneet huomioimatta niiden vastauksia, joilla itsellään ei ollut henkilökohtaista kokemusta kotisaattohoitopotilaan hoidosta, koska niistä vastauksista nousi esille laadullisen tutkimuksen kannalta tärkeitä mielipiteitä, koskien esimerkiksi valmiuksia kyseiseen työhön.

Kotisaattohoidon onnistumisen esteenä ovat vastaajat tuoneet esille ympärivuorokautisen hoidon puuttumisen. Yksi vastaaja kirjoittaa perusteluksi, ettei ole mahdollisuutta toteuttaa suonensisäisiä hoitoja.

Kuvio 1. Kuolinpaikat potilaiden tahdonmukaisessa numeraalisessa tärkeysjärjestyksessä (1=tärkein).



Yhdeksästä vastaajasta kaikki vastasivat kotisaattohoidon potilaitten ilmaisevan omaa tahtoaan kuolinpaikan suhteen. Kaksi vastaajaa oli merkinnyt myös, etteivät kaikki. Kahdeksasta vastanneesta kuusi vastasi "oman kodin" olevan ensimmäisellä sijalla, yksi vastaaja laittoi "oman kodin" toiselle sijalle ja yksi vastaaja kolmannelle sijalle. "Saattohoitokoti" ja "lähiomaisten koti" saivat melkein tasan arvoisen kannatuksen. Saattohoitokotia pidettiin jonkin verran parempana vaihtoehtona kuin lähiomaisten kotia. Viimeiselle sijalle jäi terveystieteiden vuodeosasto. (kuvio 1.)

Kommunikointitaitoja kuvailevassa kysymyksessä vastaajat kertoivat keskustellevansa potilaitten kanssa arkisista asioista, joita potilaat itse tuovat esille. He korostivat potilaitten yksilöllisyyttä ja eletyn elämän tärkeyttä. Jotkut potilaat pohtivat lähestyvää kuolemaa, ja joillekin ovat tärkeitä hänen hautaukseensa liittyvät asiat. Kaikki eivät kuitenkaan halua puhua kuolemasta. Vastauksista syntyi kuva, että keskusteluissa edetään potilaan ehdoilla, ja että hoitajat ovat herkkiä kuuntelemaan potilaitten toiveita ja tarpeita.

”Pyrin kuuntelemaan, mihin asiakas on valmis, kaikki eivät halua puhua esimerkiksi kuolemasta yms.”

”Aivan kaikesta mitä asiakas tuo esille.”

”Yleensä potilaat, kuten kaikki iäkkäätkin, haluavat puhua aivan samoista asioista kuten ennenkin, yksilöllisyys säilyy viimeiseen asti. Eli he puhuvat omaan elinpiiriin kuuluvista asioista, mutta myös kivut, nukkuminen, ruokahalu, puhtaus ja kivun lievitykseen liittyvät asiat on heille tärkeitä.”

Kysymyksessä missä kartoitetaan työntekijöiden tietoja ja taitoja kotisaattohoidosta neljästä vastaajasta kolme, joilla ei ollut kotisaattohoidon potilaita ollut, arvioivat omia tietoja ja taitoja puutteellisiksi, he nostivat esille lisäkoulutuksen tarpeen. Yksi neljästä piti omia taitojaan pitkän työkokemuksen ansiosta hyvinä, vaikkei kotisaattohoidon potilaita hoidettavana ollutkaan. Muista vastaajista pitkän työkokemuksen omaavatkin korostivat halukkuutta saada lisäkoulutusta, vaikka olivat itse paljon lukeneet aiheeseen liittyvää kirjallisuutta.

”Minulla ei ole kokemusta, etenkin kattavaa, kotisaattohoidosta... Oppimista siis kovasti on, mutta muu ammatillinen kokemus ja oma asenne auttavat kohtaamistilanteissa... Eli maalaisjärki-pohjalta lähinnä omat tiedot ja taidot.”

”Vaikka tietääkin paljon asioista teoriassa, monesti tuntee itsensä sanattomaksi. Lisäkoulutus ei olisi koskaan pahitteeksi. Olen lukenut itse paljon asioista. Kuolemasta on helppo puhua.”

”Ei ole tietoa eikä taitoa. Tälläisiin tilanteisiin koulutusta olisi kiva saada.”

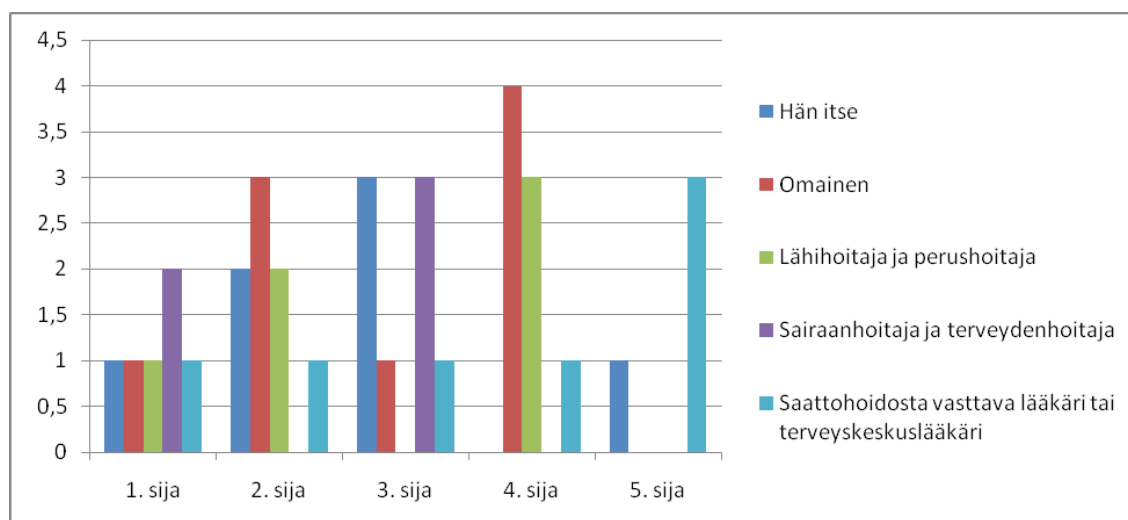
Vastaajat toivat potilaan läheisten kohtaamisessa esille omina vahvuuksina henkisiä valmistautumistaitoja, vuorovaikutuskykyä, tietotaitoja, pitkää työkokemusta, sairaanhoidollista osaamista, moniammatillista yhteistyötä potilasta hoitavien tahojen kanssa, vahvaa tietämystä kotihoidon mahdollisuuksista ja mah-

dollisuutta ohjata omainen vertaistukiryhmään. Saattohoidosta henkilökohtaista kokemusta omaamattomat kokivat omat tiedot ja taidot puutteellisiksi, läheisten kohtaamista potilaan kohtaamista haastavammaksi ja raskaammaksi. Yksi vastaaja koki joidenkin omaisten kanssa hankaluutta vastata heidän toiveisiinsa.

”Myös ne ovat yhtäläillä puutteelliset kuin itse kotisaattohoidossa olevan potilaan kohtaamisessa.”

”Tietoa, taitoa, vuorovaikutuskykyä löytyy. Jokainen asiakas/tilanne on ainutkertainen. Moniammatillinen yhteistyö asiakasta hoitavien tahojen kanssa on tärkeää. Läheisten luottamuksen saavuttaminen on tärkeää.”

Kuvio 2. Vastuunjako kotisaattohoitopotilaan voinnin seurannassa.



Yhdeksän kysymyksen vastauksissa vastuunjaosta oli eniten eroavaisuuksia. Suurin vastuu saattohoitopotilaan voinnin seurannassa jäi käytännössä omaiselle, hoitajat ja potilas itse jäivät tasapuolisesti seuraavaksi. Lääkärin vastuu saattohoitopotilaan voinnin seurannassa sai vastaajilta vähiten pisteitä. Yksi vastaaja oli alleviivannut sanat ”vastaa” ja ”voinnin seurannasta”. Emme ole varmoja, vastasiko hän kysymykseen, miten asioiden pitäisi olla tai miten on. (kuvio 2.)

Vastauksien pohjalta kotisaattohoitopotilaan lääkityksen antaminen ja seuranta toteutuu lääkärin määräyksien ja ohjeistuksen mukaan, kotihoidon, omaisten tai potilaan toimesta. Seurantaan osallistuvat kaikki hoitoon osallistuvat. Kipulääkkeiden tehoa kysytään ja seurataan, paljonko niitä menee ja kuinka usein.

Puhelinpäivystystä ei ole järjestetty. Saattohoitopotilaan ja hänen omaistensa mahdollisuus saada tarvittaessa ympärivuorokautisesti apua ja neuvoja riippuu hoitohenkilökunnan hyväsydämisyydestä.

”...kotihoiton työntekijät eivät pidä puhelinta auki työajan ulkopuolella, mutta käytännössä olen luvannut pitää puh. auki ja saa aina soittaa.”

”Periaatteessa ei mitenkään. Hoitaja ja lääkäri voi antaa luvan soittaa muulloinkin kuin virka-aikana. Poliklinikalta saa tietoa muulloin, paitsi yöllä.”

Kysymyksessä 12, joka koski saattohoitosuunnitelmaa, kuudesta vastanneesta viisi vastasi, ettei sellaista ole. On tavanomainen hoitosuunnitelma, kuten muillakin, joka sisältää suunnitellut käynnit ja mitä tehdään.

”Lääkitykset ja muu hoito on kirjattuna hoitokansioon joka on toimistolla.”

”Hoitosuunnitelma, kuten muillakin; ei ole erillistä suunnitelmalomaketta. Yksilöllisesti suunnitellaan hoiva ja huolenpito, ravitsemuksen toteutus, lääkitys ym. Kuka suorittaa, miten.”

Tiedonkulun välineinä vastaajat kuvailivat palaveria, viestivihkoa ja puhelinyhteyttä. Kotihoidon työntekijät tuovat tietoa, kotisairaanhoidaja tai terveydenhoitaja on useimmiten yhteydessä lääkäriin ja toimii yhteyshenkilönä puolin ja toisin. Yksi vastaaja näki ongelmana tiedon kulkemisen liian monen kautta, mistä johtuen tieto ei välittynyt riittävän nopeasti.

”Varsinaista suunniteltua hoitotiimiä ei ole ollut. Hoitajat keskustelee palaverissa ja sairaanhoidajaan sekä lääkäriin on voinut olla yhteydessä kiireellisessä tapauksessa.”

Yhdestätoista vastanneesta neljä olisi kiinnostuneita ja halukkaita tekemään saattohoitotyötä saattohoitotiimissä hyvässä työvuorojärjestelyssä. Muilla vastanneilla oli tärkeimpänä esteenä perhetilanne.

Kysymyksessä yhteistyöstä kolmannen sektorin kanssa kahdeksasta vastanneesta kaksi pitää yhteistyötä hyvänä seurakunnan diakonien ja diakonissojen kanssa. Muilla yhteistyö kolmannen sektorin kanssa oli vähäistä tai sitä ei ollut lainkaan, vapaaehtoistyöntekijöiden kanssa kokemukset puuttuvat.

Kotisaattohoidossa olevan potilaan hoidon kestoksi merkattiin vastauksissa yhdestä viikosta yhteen vuoteen. Päivittäisten käyntien määrä vaihtelee riippuen omaisten sitoutuvuudesta hoitoon yhden ja viiden päivittäisen käynnin välillä. Kotikäynnin kestokin riippuu tapauksesta 15 minuutista kolmeen tuntiin.

Vastanneilla on selkeä visio siitä, minkälaisena he haluaisivat nähdä kotisaattohoitoa, ja mitä osa-alueita he lähtisivät kehittämään. Yksimielisesti tärkeimpänä pidettiin saattohoitotiimin muodostamista ja ympärivuorokautisen hoidon järjestämistä työvuorojärjestelyin. Yksi vastaaja piti tärkeänä, että suonensisäiset hoidot pitäisi voida toteuttaa kotona. Seuraavaksi tärkeänä pidettiin koulutusta, selkeän kirjallisen saattohoitosuunnitelman tekemistä sekä selkeitä ohjeita niin omaisille kuin hoitajille siitä, mihin otetaan yhteyttä ja minkälaisissa tapauksissa. Yksi vastaaja toi esille sen, keiden pitäisi osallistua saattohoitoneuvotteluun. Saattohoitoneuvotteluun osallistuisi potilas, omainen, omahoitaja ja lääkäri (sekä mahdollisuuksien mukaan myös vapaaehtoistyöntekijä).

”Potilaalle täytyisi tehdä selkeä hoito- ja palvelusuunnitelma johon kuuluisi potilas, omainen, hoitajat (omahoitaja), lääkäri (ja vapaaehtoistyöntekijä). Hoitajista voitaisiin valita 2–3 omahoitajaa jotka voitaisiin kouluttaa saattohoitajiksi. Työnantaja ostaisi koulutuksen ja koulutukseen voitaisiin sisällyttää harjoittelujakso esim. Pirkanmaan hoitokodissa.”

”Perustettaisiin tiimi jotka hoitaa. Selkeät ohjeet, mihin yhteydenotot, myös omaisten kanssa selkeät neuvottelut. Lisätään työntekijöitä vuoroihin.”

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tekemisen prosessia kokonaisuudessa voimme kuvailla mielenkiintoiseksi ja opettavaiseksi. Innostuneisuus ja epätoivo vuorottelivat tunnetasolla voimakkaasti. Epäonnistumisen ja pettymyksen tunne värjäsi alkumetrejä huomatessamme tutkimukseen osallistujien vähäisen määrän. Seuraavaa laadullista tutkimusta tehdessämme valitsemme aineistonkeruumenetelmäksi haastattelun. Pettymyksen tunne heräsi ennen kaikkea kollegojen vähäisestä kiinnostuksesta meidän opinnäytetyömme tutkimusta kohtaan. Analysoidessamme vastauksia saimme mielestämme kuitenkin riittävästi arvokasta tietoa laadulliseen tutkimukseemme. Erilainen koulutustausta ei näyttänyt vaikuttavan työntekijöiden vastauksissa kokemuksiin kotisaattohoidosta, vaan pitkä työkokemus sekä oma kiinnostus saattohoitoa kohtaan. Huomasimme, että kaikki vastaajat eivät vastanneet kysymyksiin tai vastasivat tiettyyn osaan kysymyksestä. Avoimet kysymykset tuntuivat olevan useimmille vastaajille ylivoimaisia.

Useampien kysymyksien vastauksista tulee ilmi, etteivät kotihoidon työntekijät välttämättä miellä saattohoitoa palliatiivisen hoidon loppuvaiheen hoidoksi. Monia vastauksia oli vaikea arvioida, kun käsitteet tuntuivat olevan sekaisin. Mielestämme saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa pidetään synonyymeinä. Siitä johtuen nousee vastauksissa esille kotona toteutettava suonensisäisen hoidon mahdollisuus, mikä palliatiivisessa hoitojaksossa voi olla tärkeää ja välttämätöntä, muttei enää saattohoidon vaiheessa. Jos kaikille palliatiivisessa hoidossa oleville potilaille tehtäisiin sairauden loppuvaiheessa saattohoitopäätös saattohoitosuunnitelmiseen, josta tulee ilmi, että elämää ylläpitävistä hoidoista on luovuttu, hoitolinjaukset eivät jäisi kenellekään epäselväksi.

Kotisaattohoitosuunnitelman tekemistä edeltää saattohoitopäätös ja saattohoitoneuvottelu yhteisymmärryksessä potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä. Elämää ylläpitävistä hoidoista luopumisen jälkeen nousee potilaan hoitotahto ja sen noudattaminen tärkeimpään asemaan. Kotisaattohoitosuunnitelman tulee olla kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä. Käytännössä se tarkoittaisi sitä, että yksi kappale olisi potilaan kotona häntä ja omaisia varten. Sairauden loppuvaiheen tunnistaminen on osa hyvää lääkärintaitoa, ja tarpeettomien toimenpi-

teiden välttäminen on osa hyvää hoitoa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Johtajaylilääkärin ohje, 10/2008.) Joskus päätös saattohoitoon siirtymisestä lykkääntyy sen vuoksi, että asiasta keskusteleminen tuntuu vaikealta. Saattohoito on potilaalle sairauden siinä vaiheessa useimmiten ainoa lääketieteellisesti perusteltu hoitovaihtoehto. Saarelma (2005) korostaa hoidosta vastaavan lääkärin sitoutumista ja osaamista palliatiivisen hoidon alueella. Meidän tutkimustuloksiemme mukaan jää lääkärin rooli kotisaattohoitoprosessissa valitettavasti taka-alalle, mikä näkyy puutteellisista saattohoitoneuvotteluista.

Kotisaattohoitosuunnitelma, joka laaditaan yhdessä asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa tai muiden läheistensä kanssa, voisi olla suureksi avuksi potilaan läheisten kohtaamisessa. Jos suunnitelman toteutumisen seuranta, tarkistaminen ja arviointi tapahtuvat yhteisymmärryksessä suunnitelman laatimiseen osallistuneiden kanssa, kasvaa todennäköisesti läheisten luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan. (STAKES, Hoito- ja palvelusuunnitelma.) Tutkimustuloksista nousi esille, että hoitajat pitivät tärkeänä läheisten luottamuksen saavuttamista kotisaattohoidossa.

Vastauksista näkee, miten tärkeänä kotisaattohoitopotilaat pitivät mahdollisuutta viettää elämän loppuvaiheet omaisten kanssa. Varpu Lipposen (1997) tutkimuksen mukaan kaikki potilaat kokivat oman tahtonsa toteutuneen parhaiten kotiympäristössä, ja se teki potilaan elämästä enemmän elämisen arvoista. Jotta potilaan oikeus kuolla kotona niin halutessaan toteutuisi, olisi ensisijaisen tärkeä luoda mahdollisuudet siihen. Meidän tutkimuksessamme selvinneiden tulosten mukaan se tarkoittaa ennen kaikkea ympärivuorokautisen hoidon ja konsultaatiomahdollisuuden järjestämistä kotisaattohoidossa oleville potilaille. Tutkimustuloksista ilmeni kehittämistarpeessa olevana alueena myös yhteistyö kolmannen sektorin kanssa. Hyvin toimiva yhteistyö vapaaehtoistyöntekijöitten kanssa ennaltaehkäisisi hoitoon osallistuvien omaisten uupumista. Myös Visakorpi (2002) toteaa omassa tutkimuksessaan ongelmana omaisten uupumisen.

Tutkimuksesta nousi esille, että vuorovaikutuskyky ja kommunikointitaidot ovat kaikilla vastaajilla hyvin hallinnassa. Vahvuuksina korostuivat yksilöllisyyden huomioiminen, sairaanhoidollinen osaaminen sekä omatoiminen tiedonhankinta. Vastauksien perusteella kotisaattohoitopotilaitten lääkehoito on alue, joka toi-

mii hyvin. Lääkehoidon toteuttamisen kuvauksista ei kuitenkaan selvinnyt, onko huomioitu kipulaastarit ongelmajätteenä, ja minkälainen huumekorttikäytäntö on voimakkaitten kipulääkkeitten kulutuksen seurantaan? Hoidon turvallisuuteen ei pystytä tutkimuksen perusteella ottamaan kantaa, hoitajat kaipaivat kuitenkin selkeitä ohjeita ja yhtenäistettyjä käytäntöjä hoitotyössä.

Mielestämme tutkimustyön avulla löysimme niin työntekijöitten vahvuudet kuin myös kotisaattohoidossa kehittämistä kaipaavat alueet, näin olleen voimme pitää tehtävää suoritettuna. Vastauksien pohjalta olemme koonneet kehittämisehdotuspaketin kuntaliittymän kotisaattohoidon vastuuhenkilöille (liite 1, 33).

Niin kuin aikaisemmin mainitsimme, olisimme jälkiviisaina voineet tiedonhankintamenetelmänä käyttää haastattelua. Se olisi antanut mahdollisuuden tarkentaviin kysymyksiin varmistaaksemme, että on ymmärretty oikein kysymykset ja vastaukset. Olemme oppineet, miten paljon kysymyksen asettelu vaikuttaa tiedon saantiin. Koko opinnäytetyön tekemisen prosessissa arvostamme eniten sitä, miten se on kehittänyt meidän ymmärrystämme tutkitun tiedon vaikutuksesta hoitotyöhön. Olemme myös kasvaneet henkisesti ja ymmärrämme, kuinka tärkeää on tehdä yhteistyötä rakentavasti.

Jatkotutkimushaasteena näemme perustettavan kotisaattohoitotiimin ja laitoshoidossa tapahtuvan saattohoidon välisen vertailevan kustannusarvioinnin.

LÄHTEET

Etene 17.9.2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Luettu 30.3.2009.
<http://www.etene.org/dokumentit/saattohoito.pdf>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Seinäjoen keskussairaala. Korva-, nenä- ja kurkkutautien toimintayksikkö. Panu Kuoppala. 2009. Luettu 26.2.2010.
<http://www.epshp.fi/kotisivut/korvat/toimaj.htm>

FACTA WSOY tietopalvelu, Nelli-portaali. Luettu 16.11.2009.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto. Luettu 7.4.2010.

Heikkilä K., Jokivuori P. 1994. Kuoleman salaisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johtajaylilääkärin ohje 10/2008. Luettu 10.4.2010.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hänninen, J. 2004. Saattohoito – potilaan ja omaisen opas. 7. uudistettu painos. Opasta voi tiedustella Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksestä, puh. (09) 696 2110, etela-suomi@cancer.fi

Junno, T. 2009. Kotisairaanhoitaja 2009. Haastattelu 8.4.2009. Haastattelija Laitinen, M. Kotisairaanhoidon toimisto. Sähköposti 24.4.2009. Viestin saaja Laitinen, M.

Kallio, A. Kotihoidon päällikkö 2009. Haastattelu 16.4.2009. Haastattelija Laitinen, M. Perusturvakeskus .Puhelinhaastattelu 8.4.2010.

Karppinen, M., Kähkönen, M. 2001. ”Olisi hirveen kaunista jos sen kaikki saisi tehdä”. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Luettu 24.5.2009.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2003. Mission: Possible. Opas opinnäytteen tekijälle. 2. uudistetun painoksen lisäpainos. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C.

Kulmala, S. Kotihoidon vastuuhenkilö 2009. Haastattelu 26.3.2009. Haastattelija Havre-Nieminen, A. Kotihoidon toimisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Luettu 16.10.2009.

Lapin sairaanhoitopiiri 2004. Saattohoito-ohje. Luettu 14.10.2009.

Lehtomäki, S. 2005. Kotisaattohoito - Mahdollisuus kuoleman kohtaamiseen kotona. Sairaanhoitaja 10/2005. Luettu 23.5.2009.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2005/muut_artikkelit/kotisaattohoito-mahdollisuus_k/

Lehtomäki, S. 2005. Kotisaattohoidon palveluohjausmalli. Stadia. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Ikääntyvien ja pitkäaikaisspotilaiden hoito.

Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyön tekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka Hoitotyössä. Juva: WSOY

Lipponen V. 1997. Saattohoitopotilaan tahdon toteutuminen potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta tarkasteltuna. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskeisen hoitotyön asiantuntijan koulutusohjelma. Tampereen yliopisto.

Mediuutiset. 2008. Luettu 30.4.2009.
<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article>

Pohjanmaan Syöpäyhdistys. Luettu 11.4.2010.
www.pohjanmaancancer.fi/.../kotisaattohoito-3html

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 121 (2): 205–211.

Salin, S. 2009. Sisällön analyysi ja mallin rakentaminen. Luettu 7.4.2010.
www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkijakoulu/.../Sirpa_Salin_/2112009.pdf

Sand, H. 2009. ”Kun mitään ei ole enään tehtävissä, on vielä paljon tekemistä”. HAMK täydennyskoulutus. Saattohoitokoulutus. Koulutuspäivä II. Kuolevan hoitaminen. Luettu 28.2.2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valvira. 2010. Luettu 26.2.2010.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/salassapito/salassapito

Vanhusten huollon strategia 2009. Teuvan kunta. Luettu 14.5.2009.
<http://www.teuva.fi/kunta/pdf/terveystoimi/strategia.pdf>

Visakorpi, P. 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden pääaine. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Kuopion yliopisto.

EHDOTUKSIA KOTISAATTOHOIDON KEHITTÄMISEKSI

- lääkäreille palliatiivisen hoidon ohje, saattohoito-ohje ja hoidon rajaamisen ohje (jos niitä vielä ei ole)
- palliatiivisessa hoidossa olevalle potilaalle oikea-aikaisesti saattohoitoneuvottelu, mihin osallistuu potilas tai hänen laillinen edustaja, omainen, lääkäri, (oma)hoitaja
- kirjallinen saattohoitopäätös ja saattohoitosuunnitelma. Yksi kappale saattohoitosuunnitelmasta potilaalle kotiin
- saattohoitotiimin luominen
- ympärivuorokautisen hoidon ja konsultaatiomahdollisuuden järjestäminen
- yhteistyön kehittäminen kolmannen sektorin kanssa
- lääkehoidon turvallisuuden varmistaminen
- koulutusta kuolevan potilaan hoidosta ja hänen omaistensa kohtaamisesta
- koulutusta potilaslähtöisestä kirjaamisesta ja potilaan suullisesti ilmaistun hoitotahdon kirjaamisesta.
- tiedonkulussa voisi olla kotihoidolle avuksi kannettavat tietokoneet ja lääkärin konsultaatioita varten Skype-tyyppinen potilastietoturallinen ohjelma!

Arvoisa kotisairaanhoidon työntekijä

Olemme opiskelijoina Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa. Hoitotyön koulutusohjelmassa. Suoritamme sairaanhoitajan AMK tutkintoa. Opinnäytetyömme aiheena on kotisaattohoidon kehittäminen avoterveydenhuollossa. Kyselytutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa kotisaattohoidon nykytilanne ja mahdollisesti esiin tulevat ongelmat ja niiden kehittämistarpeet.

Kysely on kohdistettu kotisairaanhoidon työntekijöille saadaksemme mahdollisimman laajan näkemyksen kyseisestä aiheesta. Tutkimustuloksista saatu tieto on toivottavasti jatkossa pohjana laajemmalle kotisaattohoidon kehitysprojektille.

Kysely on vapaaehtoinen ja henkilöllisyytesi ei paljastu opinnäytetyömme missään vaiheessa. Pyydämme ystävällisesti palauttamaan vastaukset teidän lähiesimiehellenne mennessä.

Kiitämme sinua etukäteen innokkaasta yhteistyöstä, jokaisen vastaus on arvokas ja tärkeä!

Opinnäytetyömme ohjaaja Leena Minkkinen leena.minkkinen@piramk.fi puh: 0505685361

Aili Havre-Nieminen aili.havre-nieminen@piramk.fi

Marina Laitinen marina.laitinen@piramk.fi

KOTISAATTOHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KYSELYTUTKIMUS

1. Ammattinimike

Sairaanhoitaja

Terveystenhoitaja

Lähihoitaja

Perushoitaja

Lääkäri

2. Onko sinun potilaittesi joukossa ollut kotisaattohoidossa olevia potilaita?

Kyllä

Ei

3. Onko kotisaattohoidossa olevalla potilaalla ollut mahdollisuus kuolla kotona?

Jos ei, niin miksi se ei ole onnistunut?

Kyllä

Ei

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(jatkuu)

4. Ilmaisevatko kotisaattohoidon potilaat omaa tahtoaan kuolinpaikan suhteen?

Kyllä.....

Ei.....

5. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, niin merkitse seuraavista vaihtoehtoisista kuolinpaikat potilaiden tahdonmukaiseen numeraaliseen tärkeysjärjestykseen (1= tärkein...)

Saattohoitokoti

Terveyskeskuksen vuodeosasto

Oma koti

Lähiomaisten koti

Joku muu paikka, mikä?

.....

.....

6. Millaisista asioista keskusteleet kotisaattohoidossa olevan potilaan kanssa?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(jatkuu)

7. Kuvaile tietojasi ja taitojasi kotisaattohoidossa olevan potilaan kohtaamiseen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Kuvaile tietojasi ja taitojasi kotisaattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaamiseen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(jatkuu)

9. Kuka käytännössä vastaa kotisaattohoitopotilaan voinnin seurannasta? Jos vaihtoehtoja on useita, laita vastaukset numeraalisen tärkeysjärjestykseen (1= tärkein...)

Hän itse
 Omainen
 Lähihoitaja
 Perushoitaja
 Sairaanhoidaja
 Terveystenhoitaja
 Saattohoidosta vastaava lääkäri
 Oma piirin terveyskeskuslääkäri

10. Miten toteutuu kotisaattohoidossa olevan potilaan lääkityksen antaminen ja seuranta?

.....

(jatkuu)

11. Miten on toteutettu kotisaattohoitopotilaan tai hänen lähiomaistensa ympärivuorokautinen konsultaatiomahdollisuus neuvoja ja tukea saadakseen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. Millainen on kotisaattohoitopotilaan kirjallinen saattohoitosuunnitelma?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(jatkuu)

13. Kuvaile tiedon kulkua kotisaattohoitopotilaan hoitotiimissä

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Olisiko sinulla mahdollisuuksia/halukkuutta ympärivuorokautiseen kotisaattohoitopotilaan hoitotyöhön? Perustele valintaasi

Kyllä.....

.....

.....

Ei

.....

.....

En osaa sanoa

.....

.....

15. Millaista on yhteistyö kolmannen sektorin kanssa (seurakunta, vapaaehtois-työntekijät jne.)?

.....

.....

.....

(jatkuu)

16. Mikä on ollut keskimääräinen aika, kun kotisaattohoidossa oleva potilas on ollut kotona hoidossa?

(laita numeraalisessa muodossa).

Päiviä

Viikkoja

Kuukausia

17. Mikä on ollut päivittäisten käyntien määrä ja aika kotisaattohoidossa olevalla potilaalla?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

18. Miten kehittäisit kotisaattohoitopotilaan hoitotyötä?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kiitos vastauksista!